



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

TARCILA AMORIM PEIXOTO

O papel do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão

Maceió

2021

TARCILA AMORIM PEIXOTO

O papel do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Alagoas, em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Joany Felizardo Neves.

Maceió

2021

**Catálogo na fonte Universidade Federal
de Alagoas Biblioteca Central**

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

P379p Peixoto, Tarcila Amorim.
O papel do profissional farmacêutico no manejo do paciente com
depressão / Tarcila Amorim Peixoto. – 2021.
39 f. : il.

Orientadora: Sabrina Joany Felizardo Neves.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Farmácia) –
Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Farmacêuticas.
Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 32-39.

1. Depressão. 2. Cuidados farmacêuticos. 3. Atenção primária à saúde.
I. Título.

CDU: 615.03: 616.895.4



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA**

Campus A.C. Simões, Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins
CEP: 57072-900 Maceió – AL

Telefone: (82) 3214.1170; e-mail: cfarmaciaufal@gmail.com,
sass@esenfar.ufal.br

Ata de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Em 01 de ABRIL de 2021 às 16:00h foi dado início à apresentação do TCC do (a) candidato (a) TARCILA AMORIM PEIXOTO, intitulado “O papel do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão” A apresentação teve duração de 30 minutos. Ao final, cada membro da banca avaliadora atribuiu notas individuais aos parâmetros enumerados pelas normas aprovadas em 07 de abril de 2014 pelo Colegiado do Curso de Farmácia da ESENFAR da referida instituição, de forma que foram obtidas as seguintes médias:

Avaliador 1	Nome: Sabrina Suelly Gomes da Silva Araujo	Média 9,6
Avaliador 2	Nome: Yasmin Nascimento de Barros	Média 9,6
Avaliador 3	Nome: Sabrina Joany F Neves	Média 9,6

Assim, o candidato foi classificado como Aprovada com média final igual a 9,6 (nove inteiros e seis décimos), mediante apresentação da versão final.

AVALIADOR 1 _____

AVALIADOR 2 Yasmin Nascimento de Barros

AVALIADOR 3 Sabrina Joany F. Neves.

*Dedico primeiramente a Deus,
por permitir esta realização em minha vida.*

*Meus pais, irmãos, namorado, familiares, amigos
e mestres que me apoiaram e me inspiraram
a sempre seguir em frente.*

Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor e pela misericórdia derramada sobre a minha vida, bem como por iluminar a minha mente nos momentos difíceis, dando-me coragem e força para continuar e permitir que meus objetivos fossem alcançados.

Aos meus pais, Lourenço e Elba, que com humildade e honestidade, me fizeram uma pessoa melhor. Obrigada por me incentivarem, apoiarem e por investirem tanto na minha educação. A vocês, todo meu amor e a minha eterna gratidão.

A minha irmã, Vanessa, pelo companheirismo e cumplicidade, que esteve ao meu lado em todas as ocasiões ao longo desses anos e sempre me incentivou alcançar os meus objetivos, dando-me forças nos momentos difíceis. Obrigada por compreender a minha ausência quando necessário. Sem você, não sou.

Ao meu namorado, Raphael Cavalcante, por todo amor, companheirismo e apoio durante essa fase tão delicada. Sendo o maior incentivador da idealização e realização desse trabalho. Obrigada por não medir esforços para me ajudar e por me acolher em meio a tantas crises de ansiedade. Você foi o meu porto.

Aos meus familiares, por todo apoio e ajuda. Por serem meu abrigo, por cuidarem sempre tão bem de mim e se fazerem tão presentes.

A professora Sabrina Neves, minha orientadora, pelo suporte e acolhimento na iniciação científica. Obrigada pelos ensinamentos, correções, incentivos e por ter me ensinado tanto em tão pouco tempo.

Aos meus amigos, Yasmin Nascimento, Marianny Malta, Marianna Monteiro, Rafael Aleixo, Rodrigo Calumby e Nathalia Barbosa por todo companheirismo e descontração, pessoas com quem dividi todas as minhas alegrias e angústias. Vocês fizeram os meus dias mais felizes.

A minha parceira de pesquisa, Taiane Barreto, que sempre se prontificou a ajudar nas dúvidas que vieram a surgir durante nossa iniciação científica e agora nesse trabalho. Você também fez parte desse crescimento acadêmico e pessoal. Obrigada pelo apoio e conselhos.

A todos aqueles que tiveram participação direta ou indiretamente na minha jornada acadêmica e contribuíram para o meu crescimento pessoal, muito obrigada.

*“Conhecimento próprio não é garantia de felicidade,
mas isso está ao lado da felicidade
e pode fornecer a coragem para lutar por ela”*

Simone de Beauvoir

RESUMO

A depressão é um problema de saúde que atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo, classificada como uma doença psiquiátrica comum associada a um conjunto de sintomas emocionais negativos, cognitivos, físicos e comportamentais que variam de pessoa a pessoa. Apesar do difícil diagnóstico da síndrome depressiva, existem dois tipos de abordagens para seu tratamento, a farmacológica e a psicológica. Ambas as abordagens tem efeito positivo no quadro do indivíduo, porém, apenas uma pequena parcela dos diagnosticados recebe tratamento adequado, favorável a melhora na qualidade de vida. Por muito tempo o farmacêutico foi visto como o profissional responsável apenas pela comercialização do medicamento, contudo, foi incluso como um dos profissionais fundamentais na atenção primária, que são regidas pela resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo principal identificar estratégias de atuação do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão. A busca ocorreu no mês de outubro de 2020 e os critérios de inclusão foram: artigos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos cinco anos, que possuíam seu texto disponibilizado gratuitamente e apresentassem informações sobre a atuação do farmacêutico no manejo da síndrome depressiva, indexado nas bases PUBMED e BVS. Os resultados observados ratificam que o farmacêutico é capaz de realizar a educação em saúde por meio do diálogo e em consultas individuais, proporcionando um ambiente seguro ao mesmo. Por esse contato direto, possivelmente tem mais acesso ao paciente que o próprio médico, podendo assim detectar precocemente, fazer o rastreamento e encaminhar o indivíduo à um serviço ou profissional especializado para acompanhamento e tratamento de sua condição, contudo, novos estudos são necessários para consolidar os achados da literatura.

Palavras-chaves: Depressão; Cuidado farmacêutico; Atenção primária.

ABSTRACT

Depression is a health problem that affects about 350 million people worldwide, classified as a common psychiatric illness associated with a set of negative feelings, cognitive, physical and behavior symptoms that vary from a person to person. Despite the difficult diagnosis of depressive disorder, there are two types of approaches to its treatment, the pharmacological and the psychological. Both approaches have a positive effect on the person, however, only a small portion of those diagnosed receive adequate treatment, favorable to improving quality of life. For a long time, the pharmacist was seen as a professional responsible only for the commercialization of the medicine, however, it was included as one of the fundamental professionals in primary care, which are governed by resolution nº 538/2013 of the Federal Pharmacy Council. Thus, the present study has as its main objective to report what is described in the literature in an integrative way about the role of the pharmaceutical professional in the management of patients with depression. The search was made in October 2020, and the inclusion criteria were: articles in English, Portuguese and Spanish, published in the last five years, that had their text available for free and presented information about the pharmacist's performance in the management of depressive disorder, indexed in PUBMED and BVS databases. The observed results confirm that the pharmacist is able to carry out health education through dialogue and in individual consultations, providing a safe environment. For having direct contact, he possibly has more access to the patient than the doctor himself, being able to detect early, do the tracking and refer the patient to a service or specialized professional to monitor and treat his condition. Furthermore, additional studies are necessary to consolidate the findings in the literature.

Keywords: Depression; Pharmaceutical care; Primary care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Associação de sintomas depressivos relacionados aos graus de depressão	16
Quadro 2: Distribuição das referências bibliográficas obtidas nas bases de dados PUBMED e BVS, segundo os descritores selecionados	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1. DEPRESSÃO: CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO	14
2.2. EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO	16
2.3. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO:	17
2.4. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO:	18
2.5. TRATAMENTO PSICOLÓGICO DA DEPRESSÃO:	20
2.6. CUIDADO FARMACÊUTICO	21
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVOS GERAIS	23
4. MÉTODOS	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

Por muito tempo o farmacêutico foi visto como o profissional responsável apenas pela logística do medicamento, contudo, frequentes mudanças ocorreram no âmbito legislativo e o tornou um profissional apto a cuidar da saúde do paciente como um todo em suas diversas áreas de atuação. Um dos grandes avanços da saúde pública e da categoria dos farmacêuticos, foi a inclusão do profissional como um dos profissionais fundamentais, que são regidos pela resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia, listando suas principais atribuições como: orientações no uso e efeitos adversos de medicamentos, interações, vias de administração, armazenamento e descarte dos medicamentos de forma correta, garantia do uso racional de medicamentos e as orientações sobre assuntos gerais inerentes à sua competência, bem como educação em saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013).

A assistência farmacêutica tem como objetivo a prestação responsável de terapia medicamentosa com a finalidade de obter resultados definitivos e melhorar a qualidade de vida do paciente (HEPLER; STRAND, 1990). As principais atribuições do farmacêutico são: garantir que todos os medicamentos sejam apropriados, eficazes e tenham segurança para o paciente em tratamento e identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

A depressão atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo inteiro, ou seja, 12% da população mundial, atingindo qualquer faixa etária em ambos os sexos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011) seus principais e incômodos sintomas são humor deprimido, diminuição acentuada do prazer nas atividades diárias, fadiga excessiva, perda de produtividade, entre outros (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2020). O Sistema Único de Saúde oferece assistência integral ao paciente com depressão, e dentro a equipe, o farmacêutico tem papel central no manejo deste paciente. A não adesão aos antidepressivos, definida como maior que 75% após 6 meses, pode levar a resistência no tratamento para a remissão do quadro (RUBIO-VALERA et al., 2013)

Medidas farmacológicas no tratamento da depressão, vem sendo cada vez mais difundidas dentre a prática farmacêutica, principalmente nos últimos anos, visto que a ocorrência de doenças psicológicas estão se manifestando e incapacitando pessoas ao redor do mundo.

Farmacêuticos podem desempenhar tanto um papel fundamental nos cuidados primários para pacientes com depressão por meio de orientação, recomendações, acompanhando os pacientes e os problemas relacionados ao seu medicamento avaliando a adesão destes com base em suas habilidades e conhecimentos sobre medicamentos, realizando de fato a educação em saúde com ênfase na restauração do estado normal do necessitado, quanto na captação destes, por meio de processos de rastreamento e triagem (LACERDA et al., 2006). Com tais questões em mente, realizou-se uma revisão de literatura integrativa, com a finalidade de compreender qual o papel do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. DEPRESSÃO: CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A depressão é um fenômeno social de alta relevância, visto que atualmente é encontrado um grande número de pessoas acometidas por ela, e há uma grande quantidade de prescrições de medicamentos antidepressivos e conseqüentemente um alto custo social causado junto as conseqüências trazidas pela mesma que só consolidam essa afirmativa. Na depressão, os sintomas característicos não desaparecem espontaneamente e o sofrimento prolongado compromete o discernimento do indivíduo.

É classificada como uma doença psiquiátrica comum associada a um conjunto de sintomas emocionais negativos, cognitivos, físicos e comportamentais que variam de pessoa a pessoa, tais como desânimo, ansiedade, fadiga ou perda de energia, insônia, sentimento de tristeza e angústia, medo, vontade de chorar, necessidade de isolamento, presença de pensamentos negativos, sentimentos de inutilidade e culpa entre outros (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2020). O indivíduo com depressão pode ter pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, fazendo com que a doença seja considerada um problema no âmbito da saúde pública. Visto que cada indivíduo reage de uma forma diferente, as principais causas da depressão são fatores genéticos, onde uma pessoa com predisposição tem mais chances de desenvolver a doença que outras, contudo, predisposição pessoal, doenças associadas, histórico familiar, eventos pessoais marcantes, determinantes sociais como estresse, solidão, desemprego ou isolamento podem ser fatores desencadeantes (PRACTICE GUIDANCE: PHARMACEUTICAL CARE IN DEPRESSION, PHARMACY PROFESSIONAL, 2010).

Sintomas associados por pelo menos duas semanas é considerado um episódio depressivo. De acordo com a classificação CID-10, a gravidade dos sintomas pode ser de leve (CID-10 F33.0), moderado (CID-10 F33.1) ou grave (CID-10 F33.2). Os sintomas caracterizados como leves não impedem o indivíduo de realizar suas atividades cotidianas e podem ser a soma de alguns poucos sintomas concomitantes, como humor deprimido e/ou perda de interesse e prazer nas atividades diárias de lazer e convivência social com os outros já citados, não ultrapassando um total de 3 sintomas. Nos sintomas moderados os indivíduos sentem muita dificuldade em realizar suas tarefas diárias, não há motivação suficiente para as obrigações assumidas com terceiros relacionada a compromissos firmados, pode ocorrer absenteísmo do trabalho ou desses deveres. Nos sintomas classificados como graves pode

ocorrer muita angústia, ideação suicida frequente, episódios de psicose e a associação dos vários outros sintomas potencializados. Nesta fase pode ocorrer de o indivíduo não se importar com as tarefas ligadas à sustentação da própria vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Existem várias categorias para a síndrome depressiva: desregulação de humor; síndrome depressiva maior (podendo ocorrer também apenas episódios desta); síndrome depressiva persistente, também relatada como distímia; síndrome depressiva induzida por medicamentos e síndrome depressiva relacionada a condição médica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Existe também a variação da depressão conhecida como depressão sazonal, onde ocorrem episódios que podem se repetir de forma menos frequente ou em certos períodos de tempo devido a vários fatores, déficit de vitamina D e certas estações do ano, como inverno e outono (SAMPAIO; FIGUEIRA; AFONSO, 2014).

Além das despesas diretas com utilização dos serviços de saúde e tratamento da doença, a diminuição da produtividade pode culminar em afastamento temporário, no absentismo e até desemprego de fato. A depressão causa mais incapacitação que várias outras doenças crônicas, tais como angina, artrite, asma e diabetes, porém quando se compara com as principais condições acometidas no país o absentismo por depressão se equivale as causadas por doenças cardíacas graves e isquêmicas (WELLS et al., 2013).

A possível explicação sobre a causa da síndrome depressiva, pelo ponto de vista biológico, é a hipótese monoaminérgica, que faz a relação do déficit dos neurotransmissores serotonina, noradrenalina e dopamina no sistema nervoso central. Estudos relatam que medicamentos que aumentam os níveis basais desses neurotransmissores na fenda sináptica causam melhorias nos quadros de depressão, contudo, medicamentos que culminam na baixa destes neurotransmissores estão associados a sintomas depressivos (RODRIGUES; HORTA, 2011). Sintomas associados surgem por vários mecanismos, tal como os que causam efeitos somáticos causados por estresse crônico que faz com que o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal fique superativado, o que leva a produção de altos níveis de cortisol, ativando o sistema nervoso simpático promovendo a resposta fisiológica de luta e fuga, que pode causar os efeitos da taquicardia, palpitações, falta de ar, sudorese acentuada, dentre outros sintomas (STAHL, 2008). Há uma ativação limitada, e somada à uma capacidade reduzida de suportar o peso dos fatores que causam estresse por parte do sistema nervoso central, há uma diminuição na

capacidade de resposta emocional, conseqüentemente, pacientes neste estágio tem risco aumentado de tentativa de suicídio.

O diagnóstico da depressão é baseado em manuais internacionais publicados, e como existem várias classificações, os critérios são baseados na qualidade e quantidade dos sintomas associados e na sensibilidade da equipe de saúde. Estes sintomas associados, que vão além da depressão, tais como perda de peso, diminuição na libido, agitação ou letargia, perda de apetite e alterações nos ciclos do sono, podem ser importantes no fechamento de um diagnóstico preciso (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011). Em mulheres deve-se observar uma série de fatores como o período menstrual, tensão pré-menstrual, menopausa, depressão pós-parto e fatores genéticos relacionados a instabilidades hormonais. A depressão é mais facilmente identificada em pacientes mais novos que em idosos, visto que existem diferenças na expressão da sintomatologia, tal como, os sintomas existentes em adultos mais velhos que podem ser confundidos com outras patologias crônicas mais comuns nessa faixa etária (STANNERS et al., 2014). Vista as particularidades no diagnóstico da doença, os programas de rastreio são mais importantes do que nunca, pois tem a finalidade de identificar casos suspeitos e em fase inicial, e atuar de forma rápida para diminuir o desenvolvimento da doença. É também utilizado em rastreamento o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), um instrumento de aplicação rápida e possui nove questões que ajudam a identificar padrão depressivo no indivíduo (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001).

2.2. EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO

A depressão é um problema de saúde que atinge cerca de 350 milhões de pessoas no mundo inteiro, ou seja, 12% da população mundial. É considerada a principal causa de incapacitação de pessoas e atinge por volta de 8 a 12% da população de um país, podendo ser de qualquer faixa etária em ambos os sexos, porém, a prevalência é mais alta no sexo feminino (3,2%) que no masculino (1,9%) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011). 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo são por doenças psiquiátricas, principalmente a depressão (11,8%), sendo procedido de problemas relacionados a álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%) (XAVIER et al., 2013).

Segundo estudos realizados pela OMS, ser mulher e solteira é uma associação comum entre os perfis de pessoas com depressão. Transtorno de ansiedade generalizada e transtornos de pânico são os principais fatores precedentes de depressão em todos os países. A mediana da

idade de início dos sintomas de transtornos mentais, onde está incluída a depressão, fica sendo entre 20 e 25 anos, os números são baixos na adolescência e tende a subir de forma linear até o final da meia-idade e decair posteriormente (ANDRADE et al., 2003). Em estudos multicêntricos também realizados pela OMS, foi visto que em um ano, a prevalência de transtorno depressivo maior em nove países desenvolvidos foi de 5,7% e em seis países em desenvolvimento foi de 5,2%. Nos dois grupos a depressão foi a doença mental de maior taxa entre as demais doenças estudadas, tais elas: transtorno bipolar, transtorno de ansiedade e controle de impulsos (VILLANO; NANHAY, 2011). Dentre as doenças mais prevalentes no Brasil, a depressão se encontra em segundo lugar com 7,6% de indivíduos, perdendo apenas para hipertensão arterial, com 21,4% de acometidos e sendo precedida por diabetes mellitus com 6,2% (THEME FILHA et al., 2015).

2.3. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO:

Apesar do difícil diagnóstico da síndrome depressiva, existem dois tipos de abordagens para seu tratamento, a farmacológica e a psicológica. Ambas as abordagens tem efeito positivo no quadro do indivíduo, porém, das mais de 350 milhões de pessoas com depressão no mundo, apenas uma pequena parcela recebe tratamento adequado como forma de melhorar a qualidade de vida. Quanto mais tempo o indivíduo permanece em depressão, mais tempo será necessário o tratamento até a remissão de fato, conseqüentemente, o número de recaídas pode ser aumentado com a demora para procurar tratamento e assim as recaídas poderão cada vez mais ser independentes de fatores estressores. Em casos menos graves, o tratamento psicológico como única forma de abordagem se mostra bem eficaz, contudo, em casos mais severos mostra-se necessária a associação das duas formas de tratamento para a estabilização do indivíduo (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

O tratamento da síndrome depressiva ocorre de acordo com o grau em que o paciente se encontra, que pode variar de I a IV, como descrito no **Quadro 1**. O grau I é quando o paciente demonstra indícios de depressão. Já o grau II o paciente demonstra sintomas subclínicos, depressão ligeira ou moderada. A abordagem recomendada pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* para esses dois primeiros graus é apenas o tratamento psicológico. No grau III, o indivíduo pode apresentar também sintomas subclínicos, depressão ligeira a moderada com resposta inadequada a terapêutica e depressão maior. No grau IV o paciente é acometido com depressão grave. Para os dois últimos graus, a abordagem recomendada é a

associação do tratamento psicológico com o farmacológico (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2010).

QUADRO 1: Associação de sintomas depressivos relacionados aos graus de depressão.

CLASSIFICAÇÃO				
	GRAU 1 (Subclínica)	GRAU 2 (Leve)	GRAU 3 (Moderada)	GRAU 4 (Grave)
SINTOMAS	Desânimo, Fadiga, Angústia, Medo, Tristeza	Sintomas de grau I associados	Sintomas de grau 2 associados à:	Sintomas de grau 3 associados à:
	Vontade de chorar	Duração de episódio acima de duas semanas	Pensamentos negativos	Ideação suicida
	Necessidade de isolamento	Há certa limitação nas atividades diárias	Sentimento de culpa e inutilidade	Sintomas de psicose
	Associação de pelo menos três sintomas		Dificuldade de resposta à farmacoterapia	
	Episódio com duração de até duas semanas			
	Não limitam atividades diárias			

Fonte: Autora, 2020.

2.4. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO:

O tratamento medicamentoso para a síndrome depressiva é eficaz no controle dos sintomas inerentes a doença, principalmente nos casos de alterações no humor. A classe dos antidepressivos é a primeira linha de tratamento para depressão moderada a graves, porém sua utilização *off-label* é utilizada para tratar ansiedade, dor crônica, enxaquecas, transtornos obsessivos compulsivos, cessação tabágica, entre outros (SAMPAIO; FIGUEIRA; AFONSO, 2014). Esta classe é dividida em: antidepressivos de 1ª geração (antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase), que são fármacos com ótima eficácia, porém por sua baixa seletividade, acabam ocorrendo inúmeros efeitos colaterais; e antidepressivos de 2ª geração (inibidor seletivo da recaptação de serotonina, inibidor seletivo da recaptação de serotonina-norepinefina), que são mais seletivos e conseqüentemente podem apresentar menos efeitos

colaterais no indivíduo (SEMPLE; SMYTH, 2013). Após o início do tratamento com antidepressivos, o indivíduo quando em remissão, é recomendado não suspender o tratamento durante pelo menos 6 a 9 meses para evitar possibilidades de recaídas. Já o indivíduo que tem pelo menos dois episódios de depressão durante a vida, é recomendado que este após remissão, continue o tratamento por pelo menos dois anos, visto que neste caso há fortes possibilidades de recaída (SAMPAIO; FIGUEIRA; AFONSO, 2014).

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) são amplamente utilizados, mesmo estando longe de serem uma subclasse considerada ideal. Eles atuam inibindo a recaptção da noradrenalina e serotonina, fazendo com que eles se acumulem na fenda sináptica. Os fármacos pertencentes aos ADTs são imipramina, amitriptilina, nortriptilina e clomipramina. São bem absorvidos por via oral e eliminados na urina depois de 10 a 20h. Os efeitos adversos observados em indivíduos não depressivos são sedação, confusão e falta de coordenação motora, efeitos estes que também ocorrem em pacientes com síndrome depressiva nos primeiros dias de tratamento, contudo eles tendem a sumir na primeira semana. Outros possíveis efeitos adversos são boca seca, hipotensão postural constipação, retenção urinária, podendo chegar até em arritmias ventriculares. Sofrem interação com álcool e anestésicos, que podem levar o indivíduo à depressão respiratória (RANG et al., 2012).

Os inibidores da aminomonoxidase (IMAO) são considerados os primeiros antidepressivos utilizados para o tratamento da síndrome depressiva, porém foram superados pelas outras subclasses que foram surgindo com o passar do tempo. Seus representantes são fenelzina, tranilcipromina e iproniazida. Estes fármacos atuam fazendo inibição irreversível da enzima monoaminoxidase (MAO). A recuperação da atividade da MAO quando utilizada a tranilcipromina, por ter ligação menos estável, é rápida, porém, recuperação da mesma quando outro fármaco é utilizado pode levar semanas. Os IMAO atuam também inibindo várias outras enzimas além da MAO, com isso, a utilização do fármaco pode gerar interações e efeitos colaterais importantes. Tremores, excitação e insônia podem ocorrer pela estimulação central excessiva, podendo levar a convulsões em casos de superdose. Boca seca, visão embaçada e retenção urinária podem ocorrer, porém com menos frequência que os ADTs. O motivo da redução da utilização dos IMAO são suas interações com outros fármacos e alimentos, como o queijo, que possui tiramina que é metabolizada pela MAO. A inibição da enzima faz com que a tiramina seja absorvida, que causa hipertensão aguda e dá origem a cefaleia latejante intensa e, podendo ocorrer em casos isolados, hemorragia intracraniana. Descongestionantes nasais a

base de efedrina e a anfetamina como droga de abuso também fazem interação e causam hipertensão grave em pacientes em tratamento com IMAOs (RANG et al., 2012).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) é a subclasse mais utilizada no tratamento da depressão devido a sua seletividade, e como consequência disso, são os que menos apresentam efeitos colaterais e menos riscos de superdosagem. Estão inclusos nesta classe os fármacos fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram e paroxetina. Esses têm grande eficácia no tratamento da depressão moderada, contudo, não possuem o mesmo efeito que os antidepressivos tricíclicos no tratamento da depressão grave. São bem absorvidos e possuem meia-vida plasmática de entre 18 e 24h, a fluoxetina e exceção, chegando a atuar por 24 a 96h. Os ISRS possuem um atraso de pelo menos 2 a 4 semanas para serem vistos os primeiros resultados do tratamento. A fluoxetina e a paroxetina não devem ser utilizadas em esquemas terapêuticos em conjunto com ADTs, pois este último faz interação com o CYP2D6, inibindo o metabolismo hepático podendo aumentar a toxicidade. Os efeitos adversos inerentes aos ISRS são náusea, anorexia, insônia, perda da libido. A combinação de IMAOs e ISRSs podem causar a síndrome da serotonina, que causa tremores, hipertermia e colapso cardiovascular, podendo levar a morte (RANG et al., 2012).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina-norepinefrina (ISRN) são muito utilizados pela sua ótima eficácia terapêutica e seus baixos efeitos adversos. Os representantes dessa subclasse são venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina e milnaciprana. Eles são muito bem absorvidos por via oral, a venlafaxina tem a vantagem de ter disponibilidade na forma de liberação lenta. Esses fármacos possuem também efeitos sobre transtornos de ansiedade. A desvenlafaxina também pode ser utilizada no tratamento de sintomas da menopausa, como as ondas de calor e insônia. A duloxetina e milnaciprana é também utilizada *off-label* para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia (RANG et al., 2012).

2.5. TRATAMENTO PSICOLÓGICO DA DEPRESSÃO:

O tratamento psicológico, também conhecido como psicoterapia é uma alternativa ao tratamento farmacológico e até uma associação a ele. A psicoterapia é “a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturais interpessoais derivados de princípios psicológicos estabelecidos com o propósito de ajudar as pessoas a modificar seus comportamentos, cognições, emoções e ou outras características pessoais em direções que os participantes considerem desejáveis” (CAMPBELL et al., 2013). Os tipos de intervenção psicológica mais difundidos são a terapia cognitivo-comportamental, terapia de ativação comportamental,

psicoterapia interpessoal e a terapia de resolução de problemas. Estudos realizados demonstram que cerca de 75% dos pacientes com transtornos mentais são adeptos da psicoterapia ao invés de apenas o farmacológico por opção, principalmente os pacientes mais jovens (MCHUGH et al., 2013)

A terapia cognitiva comportamental é a mais utilizada, neste método o terapeuta concentra-se no impacto que os pensamentos alterados do paciente têm em seu comportamento atual e futuro. Ela tem como objetivo avaliar, desafiar e modificar as crenças disfuncionais do paciente, propondo uma reestruturação cognitiva. Os terapeutas exercem uma influência ativa nas interações e nas discussões, utilizam uma atitude psicoeducativa e auxiliam os pacientes nas novas formas de lidar com situações estressantes (EKERS et al., 2014).

A terapia de ativação comportamental é outro método de psicoterapia muito utilizado no manejo de indivíduos com depressão. Ele se relaciona com o método da terapia cognitiva comportamental. Nela o paciente registra suas atividades rotineiras, essenciais e lhe dão prazer. O recebe o estímulo para aumentar as interações positivas com o seu ambiente. Realizar treinamentos de habilidades sociais também podem fazer parte da abordagem deste método (EKERS et al., 2014).

A psicoterapia interpessoal se baseia em abordar questões interpessoais do indivíduo relacionada à síndrome depressiva segundo manual altamente estruturado, excluindo o foco de qualquer outro problema. Geralmente as abordagens requerem um total de 16 sessões neste método (EKERS et al., 2014).

A terapia de resolução de problemas tem como base ensinar os pacientes a resolver seus problemas sistematicamente por etapas. De início os problemas são definidos e em seguida são gerados o máximo de soluções possíveis, dentre elas o paciente faz suas escolhas e um plano de execução é colocado em prática. Caso não haja resolução dos problemas, o processo inicial é refeito e o método reiniciado (EKERS et al., 2014).

2.6. CUIDADO FARMACÊUTICO

Assistência farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, e visando o acesso e ao seu uso racional. Um conjunto de ações integradas em busca da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Como parte da assistência farmacêutica, o cuidado farmacêutico possui uma

variedade de serviços centrado no paciente, sua família e comunidade, tendo um que se destaca, a resolução dos problemas na farmacoterapia e seu uso racional. Os problemas relacionados a medicamentos (PRMs) são situações que, no processo de uso de medicamentos podem ou não causar o surgimento de resultados negativos associados ao medicamento como efeitos adversos, interferindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo, principalmente o paciente com síndrome depressiva, onde além de sofrer com as interações de seus medicamentos com diversos outros, há também a demora ao perceber os primeiros efeitos dos mesmos, fatores esses que muitas vezes levam ao abandono do tratamento. Desta forma, o farmacêutico tem um papel necessário não só na triagem deste tipo de doença, mas também ao orientar o paciente e seus familiares ou cuidadores sobre os termos relacionado ao tratamento para a depressão, bem como a necessidade de persistência no tratamento visto que o surgimento da melhora do quadro começa gradativamente ao decorrer de duas semanas para frente (FLECK et al., 2009). No acompanhamento farmacêutico são realizadas ações de orientação, educação em saúde com o fornecimento de materiais ilustrativos com finalidade de adesão ao tratamento de forma segura e eficaz, quando necessário, pode-se realizar a confecção de um plano de cuidado onde paciente e seus familiares ou cuidadores montarão uma rotina com diversos passos e etapas juntamente com o farmacêutico, onde terão objetivos e prazos para serem cumpridos, com a finalidade também de adesão ao tratamento. Desta forma, vê-se que o farmacêutico apresenta um papel muito importante no manejo da depressão, tendo o contato direto com o paciente em atenção às suas queixas, e como agente de saúde na equipe multidisciplinar e multiprofissional (LACERDA et al., 2006). Desta forma, o presente estudo tem como objetivo principal relatar o descrito na literatura de forma integrativa sobre o identificar estratégias de atuação do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

- Identificar estratégias de atuação do profissional farmacêutico no manejo do paciente com depressão;
- Realizar revisão de literatura de forma integrativa.

4. MÉTODOS

Após a identificação do problema a ser discutido nesta revisão, foram definidos os descritores para a realização da busca nas bases definidas. Para isto, foram utilizadas as combinações entre palavras-chave consideradas como descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): *Pharmacist*, *depression*, *depressive disorder*, *psychiatric clinic pharmacist*, *pharmaceutical services*, e *Community pharmaceutical care*. Os descritores foram associados da seguinte forma: *Pharmacist/ Depressive disorder*; *Pharmacist/ Depression*; *Psychiatric clinic pharmacist/ Depression*; *Pharmaceutical services/ Depression/ Pharmacist*; *Community pharmaceutical care/ Depression/ Pharmacist*. Tais termos foram cruzados como descritores e também como palavras do título e do resumo.

A busca ocorreu no mês de outubro de 2020 e os critérios de inclusão foram: artigos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos cinco anos, que possuíssem seu texto disponibilizado gratuitamente e que apresentassem em sua discussão informações sobre a atuação do farmacêutico no manejo da síndrome depressiva indexado nas bases PUBMED e BVS. Os artigos foram submetidos à uma posterior análise temática para identificação de padrões a serem utilizados na revisão de forma integrativa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram encontrados 81 artigos científicos na base de dados PUBMED e 166 artigos na base BVS. A próxima etapa foi a eliminação após a análise de títulos, na sequência a eliminação após a leitura dos resumos. 19 artigos foram selecionados para sua leitura analítica de forma integral e a remoção de duplicatas também foi realizada nesta etapa dentre os achados na base PUBMED, tendo 12 sido selecionados como objeto de estudo. Na base BVS, 14 artigos foram selecionados para sua leitura analítica de forma integral e na sequência houve a remoção de duplicatas, tendo 8 sido selecionados como objeto de estudo, como detalhado no **Quadro 2**.

QUADRO 2: Distribuição das referências bibliográficas obtidas nas bases de dados PUBMED e BVS, segundo os descritores selecionados.

Base de dados	Descritores	Artigos encontrados	Resumos analisados	Artigos para análise	Artigos selecionados
PUBMED	Pharmacist/ Depression	4	4	4	2
	Pharmacist/ Depressive disorder	18	10	4	2
	Psychiatric Clinic Pharmacist/ Depression	30	15	8	6
	Pharmaceutical Services/ Depression/ Pharmacist	19	11	2	2
	Community pharmaceutical care/ Depression/ Pharmacist	10	8	1	0
BVS	Pharmacist/ Depression	9	9	3	0
	Pharmacist/ Depressive disorder	103	12	5	4
	Psychiatric Clinic Pharmacist/ Depression	17	7	1	0
	Pharmaceutical Services/ Depression/ Pharmacist	19	10	4	3
	Community pharmaceutical care/ Depression/ Pharmacist	18	11	1	1

Fonte: Autora, 2020.

A análise temática dos artigos utilizados no estudo foi realizada e as categorias definidas de acordo com as funções exercidas pelo profissional farmacêutico. As categorias foram definidas como: 1. *Capacidade do profissional farmacêutico*, 2. *Comunicação com o paciente*, 3. *Educação em saúde*, 4. *Acompanhamento farmacêutico*, 5. *Triagem para a depressão*, 6. *Garantia do tratamento farmacológico*, 7. *Outros tipos de abordagem*, 8. *Formação profissional* e 9. *Barreiras no manejo da síndrome depressiva*.

Sobre *a capacidade do profissional farmacêutico*, segundo estudo realizado por Kamusheva e colaboradores (2020) com finalidade de integração do farmacêutico em ambiente ambulatorial no atendimento de pacientes com depressão, ele é capaz de reconhecer os sintomas iniciais, identificar grupos de risco, direcionar pessoas suscetíveis a grupos de apoio e iniciar o tratamento não farmacológico ou mesmo encaminhar o indivíduo ao psiquiatra para prescrição da farmacoterapia adequada, na qual o farmacêutico irá realizar o acompanhamento, orientando para garantir o sucesso do tratamento e ajudar o paciente a ter melhor qualidade de vida. O farmacêutico também é o responsável por encontrar e sugerir alternativas para o indivíduo se adequar ao tratamento de acordo com a sua realidade, como em caso descrito por DeJongh e Oldani (2018), onde o paciente de uma clínica psiquiátrica, diagnosticado com síndrome depressiva e psicótica, morador de rua, não era adepto de seu tratamento enquanto morador de rua. Para o caso deste paciente, foi encontrada a alternativa de utilização de um medicamento injetável de ação prolongada, o que o ajudou no controle de seus sintomas e seguimento de seu tratamento.

Na *comunicação com o paciente*, várias são as formas abordadas em relação a como ocorre a intervenção do farmacêutico, Kamusheva e colaboradores (2020) cita as seguintes abordagens: O farmacêutico realiza perguntas abertas e fechadas, evitando perguntas confusas, procurando não interromper o paciente enquanto ele está falando, ouvir atentamente e ter empatia são pontos essenciais que o profissional deve prestar, junto de contato visual, sorriso, olhar compreensivo, entre outros. Os encontros devem ser preferencialmente em local reservado apenas para a interação farmacêutico-paciente, como relatado por Murphy, Gardner e Jacobs (2018), e quando incentivado os encontros, eles tendem a ser demorados, visto que a coleta de dados requer uma maior atenção, em contraste ao cuidado usual onde o objetivo é outro.

Uma área muito importante tanto no manejo do indivíduo com síndrome depressiva quanto na população em geral, é a *educação em saúde*, que tem a finalidade de ensinar pacientes, familiares e cuidadores a também manejar sua condição de saúde. A prestação desse serviço é um ato da equipe multidisciplinar, onde o farmacêutico tem papel importante, em ações de rastreamento, divulgação de materiais educacionais, visitas domiciliares e o próprio feedback do indivíduo. Na educação em saúde, o profissional pode fornecer informações sobre os primeiros sinais da depressão, a importância das consultas tanto ao psiquiatra como ao próprio farmacêutico, devido ao risco de complicações no quadro e para informações sobre seu tratamento farmacológico. Os primeiros socorros em saúde mental é um programa de

treinamento com origem na Austrália e muito difundido nos Estados Unidos, como descreve Chowdhary e colaboradores (2019). O programa tem o objetivo de educar o público leigo a lidar com situações em que alguém pode estar passando por uma condição ou crise de saúde mental, ajudando na identificação dos sinais, na habilidade da escuta qualificada, sem julgamentos e no encorajamento de pessoas a buscarem o profissional adequado. Segundo os mesmos autores o farmacêutico tem um papel fundamental no programa, uma vez que ele é um dos profissionais mais preparados a lidar diretamente com pacientes de saúde mental, principalmente em síndrome depressiva e transtorno de ansiedade, ao ajudar em sua intervenção.

O farmacêutico clínico e comunitário, é aquele que possui especialização em farmácia clínica e prescrição, tem papel fundamental do *acompanhamento farmacêutico* no manejo de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e é de suma importância também na síndrome depressiva, uma vez que, com a frequente crescente de casos, médicos psiquiatras podem estar sobrecarregados e a demora na consulta a um deles é frequente. Em estudo realizado por Chavez e Kosirog (2019), 294 consultas farmacêuticas foram realizadas durante um ano em um centro de saúde da família, 20% dos pacientes eram de consulta psiquiátrica que sofriam com síndrome depressiva e/ou transtorno de ansiedade. Segundo os autores, os farmacêuticos deste centro foram capazes de administrar de forma positiva os estados crônicos dos pacientes com diabetes, hipertensão bem como os quadros de síndrome depressiva e transtorno de ansiedade de forma coesa, uma vez que ambas pode ter correlações. Os autores citam também que ocorreram por volta de 300 consultas de medicação psiquiátrica, o que enfatiza a necessidade por este tipo de serviço. Em estudo realizado por Murphy, Gardner e Jacobs (2018) 201 prontuários foram coletados de 23 farmácias, tendo 182 pacientes com pelo menos uma ou mais visitas de acompanhamento com o farmacêutico. Dentre esses pacientes, o transtorno de ansiedade e síndrome depressiva estavam entre as doenças mais acometidas e possuíam problemas relacionados a medicamentos. Os autores relatam que os farmacêuticos foram fundamentais no tratamento dos pacientes, melhorando os resultados sintomáticos e funcionais. Eles também foram importantes no direcionamento de pacientes que necessitavam de outros tipos de serviços de saúde, educação em saúde e triagem de outras possíveis doenças. O mesmo achado se encontra em estudo realizado por Buist e colaboradores (2019), e enfatiza que farmacêuticos conseguem prestar o atendimento de qualidade a pacientes com diagnóstico de depressão.

Outro problema recorrente que o farmacêutico clínico e comunitário tem a capacidade de intervir são as ideações suicidas causadas por estado grave da síndrome depressiva ou por

efeitos colaterais a medicamentos. O farmacêutico possivelmente pode ter mais acesso ao paciente que o próprio médico, neste momento é que surge a oportunidade de realizar o rastreamento, detecção e o encaminhamento deste paciente a um serviço de urgência. Contudo, o profissional deve ser dotado de algumas habilidades, como citam Mospan e colaboradores (2019) em sua revisão. Segundo os autores, o farmacêutico deve principalmente agir com confiança, possuir respostas adequadas aos pacientes potenciais suicidas, localizações e métodos de encaminhamento para estes indivíduos. É necessário que haja uma comunicação eficaz com a equipe de saúde para que o paciente consiga uma ajuda de forma imediata. Portanto, para uma eficiente detecção, o farmacêutico precisa ter uma infraestrutura disponível ao seu dispor, uma área de aconselhamento que seja privada, onde as intervenções do farmacêutico possam ocorrer.

Ainda sobre os principais problemas em atenção primária em que o farmacêutico clínico e comunitário consegue intervir com grande eficácia, são nos casos de transtornos mentais perinatais, no qual pode se caracterizar por depressão, ansiedade, transtornos obsessivos-compulsivos e transtornos de estresse pós-traumático. A depressão pós-parto é o transtorno perinatal que acomete cerca de 15% das mães em todo o mundo, as alterações iniciam durante o período gestacional ou aparecem no primeiro ano após o nascimento do bebê, podendo ocorrer em até cinco anos (BERGER; BACHMANN; SIGNORELL, 2017). O farmacêutico como um dos profissionais da saúde mais acessíveis, consegue atuar no rastreamento precoce para identificar casos potenciais e intervir da melhor forma, visto que o acesso a tratamento medicamentoso tanto em fase de gestação quanto na lactação é bastante restritivo, enfatizando ainda mais o importante papel deste profissional nestes casos, segundo relaram Elkhodr e colaboradores (2018) em seu estudo, dando ênfase à educação em saúde a estas pacientes.

A atuação e percepção do farmacêutico na *triagem para a depressão* ocorrem por meio da escuta qualificada sobre histórico e queixas de pacientes ou por meio de entrevista consentida utilizando ferramenta validada a depender do caso. A triagem para a detecção da depressão se mostra necessária, segundo cita em seu estudo O'Reilly e colaboradores (2015), quanto mais cedo a identificação de sinais e sintomas, mais cedo ocorrerá o diagnóstico da mesma, podendo evitar uma série de inconvenientes ao indivíduo, tais como impactos no bem-estar emocional e físico, no bem estar social, podendo gerar gastos ao mesmo. Os farmacêuticos clínicos e comunitários, por estarem em contato direto com estas pessoas, decorrente de sua acessibilidade, são fundamentais na identificação destes sintomas. Dada a importância da triagem da depressão, ainda existem barreiras que impedem que altos números de pacientes

com sintomas sejam identificados, sendo o mais importante o estigma por ser um possível paciente que necessita de tratamento para a sua saúde mental, o que causa constrangimento ao mesmo, o que culmina na negação da busca por ajuda de um profissional de saúde (CLEMENT et al., 2014). Outro motivo considerado como barreira é a falta de conhecimento da população em relação à farmácia como estabelecimento de saúde, e a falta de informação sobre a atuação do farmacêutico no manejo da síndrome depressiva. Segundo estudo realizado por Moro e colaboradores (2015), dentre 1200 participantes de uma pesquisa que tem como objetivo descobrir quais as preferências dos entrevistados sobre qual o profissional que eles procurariam em caso de síndrome depressiva. Vários dos participantes ou tinham realizado tratamento ou tinham algum familiar ou amigo próximo com história pregressa. Como resultado, psicólogos, psiquiatras e clínico geral foram os três mais citados como primeira fonte. Na sequência vinham assistente social, padre, homeopata e por último o farmacêutico, mesmo esse sendo um dos mais acessíveis à população, o que confirma um grau de desinformação por parte da sociedade quanto à percepção de profissional qualificado. Em seu estudo, O'Reilly e colaboradores (2015) relata que os farmacêuticos utilizaram algumas ferramentas de triagem, dentre elas a mais utilizada foi o PHQ-9, que possui perguntas específicas onde será indicada a frequência da presença dos sintomas nas duas últimas semanas. De acordo com os autores, a aplicação das ferramentas durou em média 16 minutos, os farmacêuticos puderam identificar padrões depressivos em pelo menos 29 pacientes de um total de 41 participantes do estudo. 25 destes pacientes receberam encaminhamento para um clínico geral e 3 para psicólogo. As causas utilizadas pelos farmacêuticos para realizar a intervenção por meio da ferramenta de triagem nestes pacientes foram históricos de algum transtorno mental passado, pedidos de medicamentos para dormir, medicamentos fitoterápicos, histórico de câncer ou dor crônica, luto recente, suspeita de vício, violência doméstica aparente ou sintomas suicidas. Foi visto que o ambiente de farmácia comunitária é viável para a triagem da depressão guiada por farmacêutico, porém, campanhas de conscientização para promover a importância do cuidado na saúde mental ainda são necessárias para que os pacientes saibam onde procurar por ajuda.

Para a *garantia do tratamento farmacológico*, o profissional farmacêutico, como já descrito, se mostra importante e o mais preparado dentre os profissionais da saúde. Sua atuação aqui é o seguimento da educação em saúde. São repassadas ao paciente todas as informações pertinentes ao seu tratamento, se adequando à realidade de cada um deles. Normalmente a abordagem ocorre evitando termos médicos complexos, explicando o mecanismo de ação e como o medicamento atua no indivíduo, tendo como ponto importante o esclarecimento do

tempo para o início da ação do medicamento, que pode ser de semanas e visando a necessidade de continuidade do tratamento para que haja a melhora clínica. É repassado ao paciente as dosagens exatas do medicamento, deixando claro que a dose inicial é sempre mais baixa, mas que poderá progredir com o passar do tempo e que a mesma não causará dependência desde que utilizada de forma correta. É muito importante deixar claro que mesmo que os sintomas não sejam mais brandos ou até desapareçam, o tratamento deve ser seguido como o prescrito, uma vez que a cada recaída que o paciente com síndrome depressiva tem, mais difícil é o controle da doença no futuro, além dos sintomas de abstinência que podem ser observados (KAMUSHEVA et al., 2020). A reconciliação de medicamentos também é uma importante atividade do farmacêutico na atuação no manejo da depressão, tem a finalidade de reduzir os erros de prescrição e garantir o uso seguro e o monitoramento dos pacientes. Segundo Tang e colaboradores (2017), o farmacêutico é capaz de identificar erros de prescrição e interações com outros medicamentos de pacientes que fazem polifarmácia. Tang viu que 73,5% dos pacientes de seu estudo tinham erros de prescrição ou algum tipo de interação entre medicamentos que culminaram em falhas no tratamento. Para enfatizar ainda mais a importância da atuação do farmacêutico no aconselhamento e acompanhamento da farmacoterapia, em estudo realizado por Aljumah e Hassali (2015) com 219 pacientes com síndrome depressiva, em seis meses de intervenção houve melhoria significativa de 16% de adesão a antidepressivos, 6% de aumento na satisfação com o tratamento recebido e uma diminuição de 8% em crenças gerais sobre medicamentos que faziam ter dúvidas sobre os mesmos.

O acompanhamento de pacientes com depressão deve acontecer dentro de duas semanas do início do tratamento ou do aumento da dosagem para minimizar inconvenientes e a descontinuação do medicamento. *Outros tipos de abordagem* no manejo da síndrome depressiva para atingir os objetivos também têm se mostrado úteis, como é o caso descrito por Lindell e colaboradores (2018), o farmacêutico, por meio de telefonemas, realiza intervenções em pacientes que passam por mudanças em sua farmacoterapia, com a finalidade de acompanhamento de seu quadro em relação à aumento de dose, surgimento de efeitos colaterais, interações que possam ter surgido, alterações no humor, adesão autodeclarada e qualquer outro tipo de dúvida de ambas as partes. Neste tipo de abordagem, é possível avaliar também a eficácia do tratamento antes da próxima consulta presencial ao médico responsável e ao próprio farmacêutico. As ligações telefônicas tiveram duração em média de 10 a 30 minutos no estudo de Lindell e segundo ele, este tempo foi suficiente para atingir um bom nível de adesão ao

tratamento e reduzir o tempo de atendimento clínico. Em estudo realizado por Hebert, Winkler e Moore (2018) durante 20 meses, com 322 pacientes, sendo 56,2% deles diagnosticados com depressão, foi visto que o serviço de consulta eletrônica administrada por farmacêutico impacta positivamente os cuidados em saúde mental e o acesso aos pacientes não complicados. Tal serviço oferece recomendações baseadas em evidências para gerenciar essas condições de saúde, e com isso, há uma melhoria no acesso ao indivíduo que necessita deste atendimento. Os estudos realizados por Bhat e colaboradores (2018) corroboram com os achados nos estudos citados anteriormente, que a implementação do serviço de telemonitoramento de pacientes com depressão se mostra um recurso possível para realizar o acompanhamento do mesmo e fazer intervenções precoces como as feita pelo mesmo autor, onde, dentre suas 298 chamadas telefônicas, 60,55% serviram para reforçar as recomendações do plano inicial; 9,8% delas houveram recomendação de um novo tempo de administração do medicamento e em 5,5% delas houve recomendação de um medicamento alternativo ou alteração na dosagem.

Outro tipo de abordagem que vem se popularizando dentre as especialidades na saúde é o *coaching* em farmácia. Se trata de uma técnica centrada no paciente, que o capacita a realizar mudanças duradouras no comportamento de saúde que melhorem seu bem estar de forma geral por meio de autoconsciência, motivação, responsabilidade e autoeficácia, deixando claro que os pacientes são especialistas em suas próprias situações de vida, como cita em seu estudo Lonie e colaboradores (2017). Ainda segundo o autor cita, o compartilhamento de conhecimentos precisos por meio de evidências com base em adesão a tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida é o aspecto principal deste tipo de abordagem. O que diferencia do modelo convencional de atenção básica farmacêutica sem o acompanhamento, é que no *coaching* a atuação do profissional é intensiva na busca da melhora do comportamento a longo prazo, uma vez que pelos métodos convencionais, existem pacientes que sentem que as mudanças recomendadas não levarão a resultados a longo prazo.

A *formação profissional*, ou seja, aquele que ainda está na faculdade, deve desenvolver várias habilidades. Por meio de estágios em diversas áreas, com auxílio de um farmacêutico preceptor, o estudante de farmácia é inserido na assistência farmacêutica na prática, contudo, estudos citados por Cates e Woolley (2018) relatam que na área da saúde mental, onde se incluem diversos casos de pacientes com síndrome depressiva, os alunos estão menos seguros de fornecer seus serviços na prática por uma série de fatores, dentre eles a dificuldade no manejo dos sintomas e no incessante desejo de distanciamento por parte do paciente, uma vez que em sua formação é mais comum o preparo para distúrbios menos complexos. Um das formas de

abordagem encontradas pelo autor é adequando a realidade do aluno em sala de aula à sua vivência na prática, com ênfase nas atitudes recomendadas do aluno para com pacientes em saúde mental. Os preceptores também tem papel fundamental na formação do estudante de farmácia, fazendo inclusão de técnicas educacionais que abordam a atitude dos alunos em relação à problemática, tais como discussões focada nas experiências dos pacientes, os desafios que a doença proporciona e suas atribuições clínicas no manejo da doença mental. Segundo Dopheide e colaboradores (2017), devem ser incluídos na grade curricular atividades para desenvolver habilidades como palestras, estudos de casos, ensino baseado em problemas reais e o próprio cuidado com paciente sob supervisão do corpo docente. O autor deixa claro também que o contato direto também se mostra muito importante no manejo de sua problemática, o estudante de farmácia pode cursar cursos de comunicação centrados no paciente e disciplinas eletivas em psiquiatria para diminuir o estigma e adquirir as habilidades necessárias para o manejo dos pacientes de saúde mental.

As barreiras no manejo da síndrome depressiva são notadas quando principalmente o objetivo farmacoterapêutico não é atingido por parte dos pacientes, o que pode evidenciar algumas limitações. O aumento populacional de indivíduos acometidos por problemas mentais, dentre eles os principais, depressão e ansiedade, fazem com que o número de profissionais disponíveis não sejam o suficiente pra dar conta da problemática (BISHOP et al., 2016), culminando assim em alocação de forma errônea de profissionais em uma área que pode não ser sua especialidade. Em vários casos, como o descrito por Coe e colaboradores (2019), a falta de preparo muitas vezes é considerada uma barreira ao profissional farmacêutico no manejo do paciente de saúde mental, visto que em estudos relatados pelo autor, farmacêuticos se sentem menos à vontade a aconselhar medicamentos para pacientes de saúde mental do que para pacientes cardíacos. Como maneira de sanar estas falhas em sua formação, o autor cita as alternativas a serem seguidas, tais como, a especialização em farmácia com ênfase em psiquiatria, comparecer a reuniões onde são discutidos tópicos de psiquiatria para se manterem atualizados, e o acesso a um especialista em psiquiatria para tirar dúvidas ao ponto que forem surgindo.

Outros fatores que podem ser considerados também como barreira na garantia da saúde da sociedade é o alto nível de problemas de saúde a que são acometidos os farmacêuticos. Um padrão de síndrome depressiva também foi identificado em profissionais farmacêuticos. Em estudo realizado por Sacre e colaboradores (2019), foi visto que 27,4% dos 3.762 participantes da pesquisa, apresentavam sintomas depressivos, o que é um número superior a quantidade de

outros profissionais, os motivos que levam a esses sintomas geralmente são relatados como: exaustão e fadiga devido a um ambiente de trabalho insalubre, grande carga de trabalho, falta de independência, ansiedade e estresse, fazendo com que a produtividade dos mesmos fosse afetada diretamente. Fatores descritos pelo autor, como queda nos preços de venda de medicamentos prescritos frequentemente, a diminuição no número de clientes e a consequente diminuição na renda dos proprietários de farmácias são aspectos primários que podem desencadear os sintomas por parte desses profissionais, e assim, culminando na diminuição da qualidade de vida. Estratégias de rastreamento devem ser desenvolvidas com objetivo de melhorar e manter a capacidade de trabalho do farmacêutico e de qualquer profissional da saúde que lide com os diversos sintomas estressores, uma vez que os mesmos possuem papéis importantes na sociedade para promover a qualidade de vida e a saúde da população.

6. CONCLUSÃO

Os farmacêuticos são plenamente capazes de administrar de forma positiva o estado crônico de pacientes com quadro de síndrome depressiva, sendo fundamentais para melhorar nos resultados sintomáticos e funcionais. É capaz de realizar a educação em saúde por meio do diálogo e em consultas individuais, proporcionando um ambiente seguro ao mesmo. Por esse contato direto, possivelmente tem mais acesso ao paciente que o próprio médico, podendo assim detectar precocemente, fazer o rastreamento e encaminhar o indivíduo à um serviço ou profissional especializado para acompanhamento e tratamento de sua condição. É considerado o profissional da saúde mais preparado para informar e fazer o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente por meio de um plano de cuidados, contudo, novos estudos são necessários para consolidar os achados da literatura.

REFERÊNCIAS

ALJUMAH, K.; HASSALI, M.A. **Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study.** BMC Psychiatry. 2015 Sep 16;15:219.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** Washington, American Psychiatric Association. P155-188, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referências rápidas aos critérios diagnósticos do DSM-V.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L; CARAVEO-ANDUAGA, J.J.; BERLUND, P.; et al. **The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys.** Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(1):3-21.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BERGER, A.; BACHMANN, N.; SIGNORELLI; et al. **Perinatal mental disorders in Switzerland: Prevalence estimates and use of mental-health services.** Swiss Medical Weekly, 147, w14417, 2017.

BHAT, S. et al. **Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting.** Popul Health Manag. 2018 Oct;21(5):366-372.

BISHOP, T.F. et al. **Population Of US Practicing Psychiatrists Declined, 2003-13, Which May Help Explain Poor Access To Mental Health Care.** Health Aff (Millwood). 2016 Jul 1;35(7):1271-7.

- BUIST, E. et al. **An evaluation of mental health clinical pharmacist independent prescribers within general practice in remote and rural Scotland.** *Int J Clin Pharm.* 2019 Oct;41(5):1138-1142.
- CAMPBELL, L.F. et al. **Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution.** *Psychother.* 2013;50:98.
- CATES, M.E.; WOOLLEY, T.W. **Effects of a psychiatric clinical rotation on pharmacy students' attitudes toward mental illness and the provision of pharmaceutical care to the mentally ill.** *Ment Health Clin.* 2018 Mar 23;7(5):194-200.
- CHAVEZ, B.; KOSIROG, E. **Impact on an integrated psychiatric pharmacy service in a primary care clinic.** *Ment Health Clin.* 2019 Jul 1;9(4):269-274.
- CHOWDHARY, A. et al. **How do mental health first aid™ interventions influence patient help-seeking behaviours? A dilemma for pharmacist mental health first aid responders.** *Res Social Adm Pharm.* 2019 Jan;15(1):106-108.
- CIPOLLE, R.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Chapter Three: Toward a Philosophy of Pharmaceutical Care Practice. Pharmaceutical Care Practice.** *The Patient Centered Approach to Medication Management.* 3rd ed. McGrawHill Medical; 2012:73–100.
- CLEMENT, S. et al. **What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies.** *Psychol Med* 2014, pp. 1-17.
- COE, A.B. et al. **Provider perceptions of pharmacists providing mental health medication support in patient-centered medical homes.** *J Am Pharm Assoc (2003).* 2019 Jul-Aug;59(4):555-559.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução N°. 585, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução N°. 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional da Saúde.

DEJONGH, B.; OLDANI, M. **Case reports of interprofessional care for clients enrolled in a mental health court.** *Ment Health Clin.* 2018 Nov 1;8(6):317-321.

DOPHEIDE, J.A. et al. **Curriculum in Psychiatry and Neurology for Pharmacy Programs.** *Am J Pharm Educ.* 2017 Sep;81(7):5925.

EKERS, D. et al. **Behavioral ativação para depressão; uma atualização da meta-análise de eficácia e análise de subgrupo.** *Plos One.* 2014; 9 (6): e100100.

ELKHODR, S. et al. **O papel dos farmacêuticos comunitários na identificação e gestão contínua de mulheres em risco de depressão perinatal: Estudo qualitativo.** *Int J Soc Psychiatry.* 2018 Fev;64(1):37-48.

FLECK, M.P. et al. BRASIL, M.A. et al. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009;31(Supl I):S7-S17.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-543.

HERBERT, C.; WINKLER, H.; MOORE, T.A. **Outcomes of mental health pharmacist-managed electronic consults at a Veterans Affairs health care system.** *Ment Health Clin.* 2018 Mar 23;7(3):131-136.

KAMUSHEVA, M. et al. **The Potential Role of the Pharmacist in Supporting Patients with Depression - A Literature-Based Point of View.** *Integr Pharm Res Pract.* 2020 Feb;26;9:49-63.

KROENKE, K.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B. **The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.** *J Gen Intern Med;* 2001 Sep;16:606-13.

LACERDA, M.R. et al. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** SaudeSoc. 2006;15(2):88-95.

LINDELL, V.A. et al. **A Pilot Evaluating Clinical Pharmacy Services in an Ambulatory Psychiatry Setting.** Psychopharmacol Bull. 2018. Feb 5;48(2):18-28.

LONIE, J.M. et al. **Pharmacist-based health coaching: Um novo modelo de assistência farmacêutica-paciente.** Res Social Adm Pharm. 2017 May-Jun;13(3):644-652.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5). Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 05 fev. 2020.

MCHUGH, R.K. et al. **Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review.** J Clin Psychiatry. 2013; 74:595–602.

MORO, M.F. et al. **Whom to Ask for Professional Help in Case of Major Depression? Help-Seeking Recommendations of the Sardinian Public.** Adm Policy Ment Health. 2015 Nov;42(6):704-13.

MOSPAN, C.M. et al. **Community Pharmacists as Partners in Reducing Suicide Risk.** J Am Board Fam Med. 2019 Nov-Dec;32(6):763-767.

MURPHY, A.L.; GARDNER, D.M.; JACOBS, L.M. **Patient care activities by community pharmacists in a capitation funding model mental health and addictions program.** BMC Psychiatry. 2018 Jun 14;18(1):192.

National Collaborating Centre for Mental Health. **Depression. The treatment and management of depression in adults (update edition).** Londres. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2010.

O'REILLY, C.L.; WONG, E.; CHEN, T.F. **A feasibility study of community pharmacists performing depression screening services.** Res Social Adm Pharm. 2015 May-Jun;11(3):364-81.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estadísticas sanitárias mundiales 2011.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (2011). Disponível em: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/ES_WHS2011_FULLL.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

Practice guidance: pharmaceutical care in depression, Pharmacy professional, 2009/2010. Available: <http://www.rpharms.com/support-pdfs/mental-health--depression-a4.pdf>.

RANG, H.P. *et al.* **Farmacologia**. Tradução da 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RODRIGUES, V., HORTA, R. **Modelo Cognitivo-comportamental da depressão**. In I. Andretta & M. Oliveira (orgs.) Manual prático de terapia cognitivo comportamental (235-248). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

RUBIO-VALERA, M.; BOSMANS, J.; FERNÁNDEZ, A.; *et al.* **Cost-effectiveness of a community pharmacist intervention in patients with depression: a Randomized Controlled Trial (PRODEFAR study)**. *PLOS*, 2013.

SACRE, H. *et al.* **Factors associated with quality of life among community pharmacists in Lebanon: results of a cross-sectional study**. *Pharm Pract (Granada)*. 2019 Oct-Dec;17(4):1613.

SAMPAIO, D.; FIGUEIRA, M. L.; AFONSO, P. **Manual de Psiquiatria Clínica**. Lisboa, Lidel. P59-77; 402-405, 2014.

SEMPLE, D.; SMYTH, R. **Oxford Handbook of Psychiatry**. Oxford, Oxford University Press. p231-300, 2013.

STAHL, S.M.; **Essential psychopharmacology online**; 2008. Available from: https://stahlonline.cambridge.org/essential_4th_chapter.jsf?page=chapter7_introduction.htm&name=Chapter%207&title=General%20principles%20of%20antidepressant%20%20action#c02598-7-1. Accessed in: jan. 19, 2020.

STANNERS, M. *et al.* **Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis**. *BMC Family Practice* 15, 124, 2014.

TANG, S.S. *et al.* **Impact of a Student Pharmacist Driven Medication Reconciliation and Antidepressant Treatment History Project at a Depression Clinic: A Pilot Study**. *Psychopharmacol Bull*, 2017 May 15;47(2):36-41.

THEME FILHA, M.M.; *et al.* **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. *Rev. Bras. Epidemiol*, Dez 2015, 18, SUPPL 2:83-96.

VILLANO, L. A. B.; NANHAY, A. L. G. **Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2011.

WELLS, K.B. et al. J. **The functioning and well-being of depressed patients.** Results from the Medical Outcomes Study. JAMA.262(7):914-9, 2013.

XAVIER, M. et al. **Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures.** International Journal of Mental Health Systems.7:19, 2013.